

Traumatismele feții și complicațiile lor craniene



DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 5 NOV. 1936.

DE

ADORIAN MARGARETA

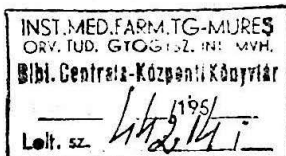
1936

Traumatismele feții și complicațiile lor craniene



PENTRU
DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE 5 NOV. 1936.

DE
ADORIAN MARGARETA



23 MAY 2005

1936

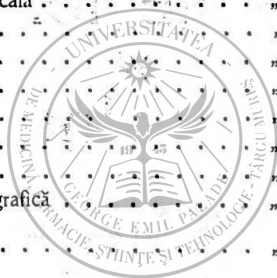
UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.” DIN CLUJ

FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan : Prof. Dr. D. MICHAİL

Profesori :

Clinica stomatologică	D=1	Dr.	Aleman I.
Bacteriologie	"	"	Baroni V.
Istoria medicinei	"	"	Bologa V.
Patologia generală și experimentală	"	"	Botez A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	"	"	Buzoianu Gh.
Istologia și embriologia umană	"	"	Drăgoi I.
Fiziologia umană (supl.)	"	"	Drăgoi I.
Semiologia medicală	"	"	Goia I.
Clinica ginecologică și obstetricală	"	"	Grigoriu C.
Clinica medicală	"	"	Hațieganu I.
Medicina legală	"	"	Kernbach M.
Clinica oftalmologică	"	"	Michail D.
Clinica neurologică	"	"	Minca I.
Igiena și igiena socială	"	"	Moldovan I.
Radiologia medicală	"	"	Negru D.
Anatomia descriptivă și topografică	"	"	Papilian V.
Clinica chirurgicală }	"	"	Pop A.
Medicina operatorie }	"	"	Popoviciu Gh.
Clinica infantilă	"	"	Popoviciu Gh.
Farmacologia și farmacognozia (supl.)	"	"	Sturza M.
Balneologie	"	"	Tătaru C.
Clinica dermatovenerică	"	"	Țeposu E.
Clinica urologică	"	"	Thomas P.
Chimia biologică	"	"	Urechia C. I.
Clinica psihiatrică	"	"	Vasiliiu T.
Anatomia patologică	"	"	



JURIUL DE PROMOTIUNE:

Președinte: D=1 Prof. Dr. M. Kernbach

Membrii : {

- " " " I. Hațieganu
- " " " I. Aleman
- " " " Gh. Buzoianu
- " " " I. Goia

Supleant : " Doc. Dr. I. Gavrilă

Prefață

Subiectul pe care-l tratez în prezenta lucrare inaugurală, deși se pare că aparține chirurgiei generale, face parte din traumatologia medico-legală. Istoric, debut, simptome, evoluție, terminare, toate au criterii medico-legale, cari coroborate cu date necropsice permit expertului de a aduce cele mai juste mărturii în fața justiției, care la rândul-i împarte echitabil dreptatea. Și medicul legist va afla la rândul-i adevărul numai ținând pas cu progresul medicinei generale. Tot ce e nou în medicină trebuie să fie cunoscut de acesta, fapt ce nu-l poate îndeplini decât prin o colaborare cât mai intimă.

În Institutul Medico-Legal din Cluj prin o serie de teze s'a căutat să se îndeplinească această cerință a disciplinei medico-legale și astfel se poate constata un ciclu de teze cari au colaborat cu diferitele specialități; colegul Niculescu cu urologia, Incze, Tomoiagă și Fortu cu medicina internă, Manyak cu chirurgia, Barta cu endocrinologia, Pop cu dermatologia, Morcanu cu pediatria, Nuțiu cu obstetrica și ginecologia, iar colega Salamon cu tumorile traumatice.

În domeniul chirurgiei colegul Manyak a studiat traumatismele osoase din punct de vedere medico-legal. Un caz dificil, dar norocos interpretat, la inspirația D-lui Prof. M. Kernbach, m'a îndemnat să fac o punere la punct a traumatismelor feții și complicațiile lor craniene. Cazurile sumare din arhiva Institutului Medico-Legal, după cum am constatat că sunt puține și în literatura medicală, nu mi-au permis a aduce o contribuțiune personală, totuș prin felul cum am reușit să împart și să descriu materialul îmi permit a mă socoti achitată de această însărcinare. Rămâne colegilor ce prin alte lucrări se vor ocupa de traumatisme craniene, să întregască materialul vast, care nu

poate fi complet tratat în cadrele unei teze de doctorat. Am tratat în această teză complicațiile craniene, consecutiv traumatismelor feții urmate de fracturi, neglijând complet țesuturile moi și organele simțurilor.

Pentru o cât mai ușoară interpretare a subiectului am crezut de bine a-l împărți în următoarele capitole :

A) Noțiuni de anatomia și topografia feții ;

- a) Falca superioară ;
- b) Falca inferioară.

B) Arhitectura și mecanismul fracturilor oaselor feții ;

- a) Falca superioară ;
- b) Falca inferioară.

C) Complicațiile craniene ;

- a) imediate ;
- b) tardive.

D) Considerațiuni medico-legale.



A) Noțiuni de anatomia și topografia feții

Fața, al doilea segment al capului, se sprijină pe un schelet osos format din un masiv superior format din 13 oase așezate în jurul celor două maxilare superioare și un masiv inferior format de maxilarul inferior.

Scheletul facial în întregime se poate asemăna cu o prismă treiunghiulară, având două baze și trei pereți sau fața. Bazele sunt laterale, formate de fața externă a osului malar, porțiune posterioară a rebordului alveolar, a maxilarului superior și fața externă a maxilarului inferior. Cele trei fețe cu orientare anterioară și posterioară aproape nu au legătură directă cu craniul, pe când fața superioară în raport direct cu acesta se întinde dela articulația naso-frontală, punct extrem anterior, până la articulația sfeno-vomeriană, punct extrem posterior. Este intim unită de partea corespunzătoare a craniului prin trei stâlpi cari delimitează între ei cele două cavități orbitare.

a) Falca superioară.

Din punct de vedere chirurgical după *Bérard* și *Tillaux* înglobează în falca superioară cele două maxilare, oasele palatine, oasele malare, cornetele inferioare și vomerul. *Ombredanne* mai adaugă apofizele pterigoide ale sfenoidului, masele laterale și lama perpendiculară a etmoidului. Această supraadăugare se pare foarte justă și face legătura mai intimă între craniu și masivul facial, explicând în acelaș timp propagarea leziunilor feții la craniu și viceversa. Pentru a cunoaște și mai detaliat raporturile anatomice, cred necesar a face o sumară descriere a oaselor feții privind raportul acestora cu craniul.

Maxilarul superior, în forma de piramidă treiunghiulară formând corpul osului, are două apofize, una ascendentă și a doua apofiza palatină. Fața anterioară a corpului vine în raport cu craniul prin marginea superioară sau orbitară. Fața superioară sau orbitară prin faptul că formează cea mai mare parte a planșei orbitare și prin articulațiile cu palatinul și sfenoidul face legătura și mai intimă cu craniul. Fața posterioară, convexă afară cu treimea sa externă unde devine concavă, nu are raport direct cu craniul. Baza corespunde punctului extern a foselor nasale și prezintă în partea sa mijlocie un larg orificiu care conduce la sinusul maxilar. Vârful este o suprafață treiunghiulară pe care se aplică malarul. Apofiza ascendentă vine în raport cu oasele proprii ale craniului. Apofiza palatină, mai izolată, este mult mai distanțată de craniu. Voi mai aminti că în corpul maxilarului se lojează sinusul maxilar.

Palatinul este interpus între apofiza pterigoidă a sfenoidului și tuberozitatea maxilarului. Prin cele două lame, palatină și nasală — prima orizontală și a doua verticală — și prin cele trei apofize, sfenoidală, orbitară și piramidală, atât direct cât și indirect are raporturi intime cu craniul.

Osul malar face unirea între maxilarul superior și oasele părții antero-laterale a craniului. De formă patulateră, are o față externă, o față internă, sau concavă, privind fosa zigomatică. Această față are o apofiză orbitală care formează peretele extern al orbitei. Marginea supero-anterioară formează treimea externă a rebordului orbitar, cea supero-posterioară descinde de la frontal pentru a se continua cu arcada zigomatică, marginea infero-anterioară se articulează cu maxilarul superior și în fine marginea postero-inferioară, mai puțin importantă prin raporturile sale.

Oasele proprii ale nasului în număr de două vin în raport în sus cu frontalul, în afară cu apofiza ascendentă a maxilarului superior, iar în jos cu cartilagiile nasale.

Osul lacrimal este situat în partea anterioară a peretelui intern al orbitei. Se articulează în sus cu frontalul, în jos și înainte cu maxilarul superior, înapoi cu osul plan al etmoidului.

Apofizele pterigoide ale sfenoidului, în număr de două sunt implantate vertical pe fața inferioară a sfenoidului. Apofiza pterigoidă este formată din două aripi, unite înainte, depărtate înapoi, unde ele circumscriu fosele pterigoide. Aripa internă formează prin fața sa internă, peretele extern al foselor nasale. Aripa externă, fosa pterigo-maxilară. Apofizele se găsesc în apert în sus cu fosa pterigo-maxilară, iar în jos cu marginea posterioară a maxilarului superior.

b) Falca inferioară

este formată de maxilarul inferior, os impar. Partea sa mijlocie sau corpul are forma unei potcoave. Extremitățile sau ramurile ascendente se ridică aproape vertical formând un unghiu cu corpul.

Prin dispoziția sa anatomică maxilarul inferior are raport indirect cu craniul prin intermediul ramurilor ascendente (articulația temporo-maxilară), de aceea mă voi limita a face o descriere sumară a acestora. Ramurile ascendente sunt dreptunghiulare și au o față externă și una internă, o margine anterioară, posterioară, inferioară și una superioară, care prezintă două ridicături, apofiza, coronoidă înainte, condilul înapoi, separate prin eșan-crura sigmoidă. Condilul este ovoid cu marea axă oblică înlăuntru și înapoi.

B) Arhitectura oaselor feții și mecanismul fracturilor

a) Falca superioară

Diversele oase care constituiesc falca superioară, cu excepția osului malar, și rebordul alveolar al maxilarului superior, sunt formate din lamele de țesut compact, sunt deci subțiri și fragile. Fragilitatea e mărită prin existența sinusului maxilar. Cu toată această fragilitate trebuie se remarcăm că scheletul fălcii superioare rezistă destul de bine presiunilor cari acționează de sus în jos sau viceversa, grația stâlpilor de rezistență cari unesc falca cu craniul și prin intermediul cărora o parte din forță este transmisă acestora și astfel descompusă și de mai mică putere.

Pentru a simplifica interpretarea fracturilor oaselor feții voi face o descriere pe oase izolate, ca la urmă să mă ocup de fracturile întregului masiv.

Fracturile izolate a corpului osului malar se produc prin înfundare în urma șocului direct, (lovitură de pumn, baston etc.) malarul detașat de legăturile scheletului vecin poate să se înfunde în sinusul osului maxilar.

Fracturile arcadei zigomatice se produc la fel, prin cauza directe cum sunt loviturile active cu corpuri contondente. Deseri arcadea divizată în două sau trei părți se înfundă, alteori când nu este deplasare, diagnosticul este dificil, singurul simpton fiind durerea. Beurgeois și Lenormant citează observațiile lui Malgagne care susține că aceste fracturi sunt rare, autorul neobservând personal nici un caz, din literatură nu a putut aduna decât cinci. Fracturile au urmări benigne și nu dau complicații craniene.

Următoarea observație culeasă din archiva rapoartelor medico-legale, a Comisiei Medico-Legale Cluj o dau mai jos, care pe lângă faptul că arată un caz rar de acest fel ne indică un caz de moarte naturală prin ruperea unui chist hidatic infectat al ficatului.

Obs. 1. D. B. de 45 ani sucombă în ziua de 8 Dec. 1930. Înainte cu șase săptămâni a fost lovit în cap cu un baston, după care a căzut câteva zile în pat. Și-a continuat apoi ocupația și cu câteva zile înainte de moarte a prezentat vârsături, stare generală gravă, care-l obligă să stea la pat. La autopsie se constată înaintea urechii stângi o rană contuză pe cale de cicatrizare. Țesuturile din jur nu arată nici un proces inflamator sau emoragie. Arcada zigomatică este fracturată la mijloc, fără deplasare. Din partea craniului și a conținutului cranian nu se constată nici o leziunie. La fel din partea gâtului și toracelui. În cavitatea abdominală se constată puțin lichid tulbure, roșietic. Peritoneul este acoperit pe toată suprafața sa cu un depozit fin, fibrinos. Ficatul este mărit și pe partea laterală dreaptă a lobului drept se vede o suprafață de mărimea unui pod de palmă care e neregulată, bine delimitată și formată din numeroase vezicule care conțin un lichid galben-verzui. Restul organelor nu prezintă nimic deosebit.

Fracturile oaselor proprii ale nasului nu sunt prea frecvente, fiind protejate de ridicătură frontală. Se fracturează de obicei ambele oase, fractura unică este excepțională. Se descriu de obicei trei tipuri de fracturi: fractura superiostală, cu direcția verticală, când oasele se incalcă; fractura transversală, când fragmentul inferior se îndfundă sub cel superior, și în fine, fractura cominutivă, veritabilă explozie a rădăcinei nasului, cu iradiațiuni la oasele vecine printre cari cităm etmoidul care face legătură directă cu baza craniului.

Simptomele se caracterizează prin deformarea rădăcinei nasului epistaxă și vânătași în jur. Vindecarea se face de obicei în circa 20 zile.

După această descriere, voi face o privire de ansamblu asupra fracturilor masivului superior al feții.

Fracturile maxilarului superior sunt mult mai rare decât

ale maxilarului inferior. Dată fiind subțierea tăbliilor care formează acest os și numeroasele oase vecine, s'ar crede la început la o frecvență mai mare. Însă părțile fragile sunt protejate de ridicături mai rezistente, cum este scheletul nasului și pomentele. Mai mult, aceste oase sunt acoperite de un strat gros de părți moi, cari măresc considerabil soliditatea, în acelaș timp permitându-le toată elasticitatea. Deși maxilarul superior poate prezenta numeroase varietăți de fracturi, s'a convenit a se împărți în trei grupe: a) fracturi parțiale, care de obicei se limitează la maxilar, b) fracturi întinse și c) fracturi cominutive care înteresează întregul masiv. Fracturile parțiale cuprind rebordul alveolar când se observă o înfundare a osului intermaxilar, între cele două maxilare superioare; fractura vălului palatin observată mai ales la copii cari cad ținând între dinți creioane sau alte obiecte rigide și când se produce fie o simplă fisură, fie separări de os și consecutiv secvestrări, fractura apofizei ascendente care se produce prin un șoc acționând asupra rădăcinei nasului (lovitură de pumn, piatră, pătul puștii etc.), care de obicei se întovărășește de fracturi ale oaselor vecine (oasele proprii ale nasului, etmoid), putând duce la complicații craniene; înfundarea sinusului maxilar care se produce prin instrumente ascuțite cari acționează în fosa canină, sau prin lovituri asupra malarului — descrise mai sus.

După această descriere, voi face o privire de ansamblu asupra fracturilor masivului facial superior cari obișnuit sunt întinse sau cominutive.

Fracturile cari cuprind întregul masiv superior sunt consecința traumatismelor violente și traseul lor iradiant la mare distanță de punctul contuzionat urmează o direcție și un traiect determinat, prin existența în masivul superior a liniilor slabe separate prin punți de rezistență.

Ponroy și Psaume arată că experimentările lui Le Fort desemnează trei linii slabe și anume: 1. o linie superioară care corespunde unirei craniului cu masivul facial, 2. o linie mijlocie care începe la oasele nasale, ocolește malarul pe partea inferioară și se termină la apofizele pterigoide, 3. o linie inferioară cu traiect orizontal, care pleacă dela partea inferioară a creșterii nasale la apofiza pterigoidă.

Punțile de rezistență după Ombredanne sunt: 1. princi-
pală, formată din unirea bolții palatine cu corpul maxilarelor;
2. a doua constituită de masivul osos care formează vârful pi-
ramidei maxilare; 3. a treia se compune din apofizele ascen-
dente a maxilarelor și din partea inferioară a oaselor proprii ale
nasului.

Pe baza acestor date anatomice Ombredanne reduce frac-
turile masivului facial superior la trei tipuri: a) disjunctiunea
intermaxilară sau fractura verticală; b) fractura lui d'Alphonse
Guerin sau fractura orizontală cauzată de șocuri violente asupra
buzei superioare și care interesează partea inferioară a orificiului
nasal, trece la un cm. dedesubtul osului malar și atinge apofiza
pterigoidă spre treimea ei inferioară; c) disjunctiunea cranio-facială
caracterizată printr'un traiect oblic în jos și înapoi și trecând fie
deasupra sau dedesubtul osului malar, traversează orbita, fanta
sfero-maxilară oprindu-se la apofiza pterigoidă, sau trece sub
marginea orbitală prin vecinătatea găurei suborbitare pe sub osul
malar se oprește la sfârșitul fracturii lui Guerin.

Traumatismele mari, efectul corpurilor contondente, con-
fondente-tăietoare și armele de foc se acompaniază fatal de frac-
turi cominutive.

Aceste fracturi se prezintă sub aspecte atât de variate,
încât scapă oricărei încadrări sau descrieri. Lebedinsky și Vi-
sanque au încercat să le încadreze reușind să scoată în evidență
câteva tipuri clinice precise. Ei descriu așa numitele: a) Leziuni
centrale când regiunea suborbito-malară este complet zdrobită,
eschilele osoase ajungând fie în sinusul maxilar, fie în cavitatea
craniană. b) Leziuni externe sau orbito-temporo-malare în care
pe lângă lezarea pleoapelor și a globului ocular sunt atinse și
fibrele musculare ale temporalului de unde aderente scleroase și
consecutiv trismus. c) Leziuni interne sau maxilo-nasale, cari
înteresează pe lângă părțile moi superficiale și profunde și pala-
tinul până la apofiza pterigoidă. d) Leziuni inferioare sau pa-
lato-maxilo-bucale, când avem o largă comunicare a focarului
de fractură cu cavitatea bucală.

b) Maxilarul Inferior.

Maxilarul inferior are aceeași structură ca oasele bolții cra-
niene, fiind format din țesut spongios central, înconjurat de un

înveliș de țesut compact. Este de observat că atât țesutul compact, cât și cel spongios sunt foarte rezistente.

Fracturile maxilarului inferior, deși rare, sunt mai frecvente decât ale fălcii superioare, deși mandibula este rezistentă, și prin mobilitatea ei scapă în parte traumatismelor (Papilian, Hamilton).

Fracturile pot fi produse prin două mecanisme bine distincte: a) fracturi directe rezultatul unei lovituri violente cu pumnul, piciorul sau bastonul, acționând pe regiunea anterioară a maxilarului în sens antero-posterior; violența caută să redreseze arcul mandibulei și acesta cedează la punctul de aplicare a forței, tăblia internă cedând întâi; b) Fracturile indirecte când violența acționează lateral. Șocul astfel dirijat fiind a mări curbură arcului, iar fractura se produce la locul de acțiune a forței, prima cedând tăblia externă. Indiferent de aceste două varietăți, fractura poate fi incompletă, completă, cu un singur traiect de fractură sau fractură dublă și multiplă. Vom aminti de asemenea fracturile corpului, a marginii alveolare, a ramurilor ascendente, a condilului și a apofizei coronoide.

Aceste fracturi având complicații directe la distanță, nu voi insista asupra lor, totuși voi aminti că prin lovituri puternice sau căderi asupra bărbiei, colul condilului poate fractura cavitatea glenoidă, putând pătrunde chiar în craniu. În acest din urmă caz pot surveni complicații ca hemoragie cerebrală sau când rana e deschisă complicații septice intracraniene.

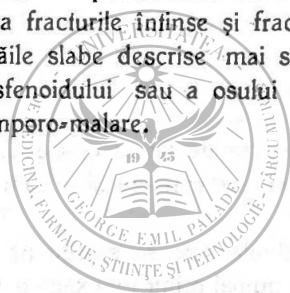
Neavând posibilitatea de a întâlni în cazuistica Institutului Medico-legal atari cazuri voi descrie mai jos un craniu din muzeul Institutului, care leziunile ce le prezintă ne arată că poate fi vorba de o lovitură sau căzătură asupra mentonului, care a produs în același timp fractura maxilarului inferior și fractura bazei craniului prin infundarea condililor.

Obs. 2. — Craniul unui bărbat în etate de 30—40 ani. Maxilarul inferior la mijlocul ramurei stângi prezintă o fractură completă verticală, care pe partea internă sechestrează o eschilă lungă de 2 cm. Dela partea alveolară a fracturei pleacă o a doua înainte și în jos, formând un triunghi. La unirea corpului cu ramura ascendentă stângă se constată o altă fractură.

oblică de sus în jos și dinainte înapoi. Maxilarul superior prezintă o fisură care pleacă din dreptul celui de al doilea molar merge oblic în sus și înapoi și se oprește în fosa pterigoidă, maxilară. Cavitatea glenoidă prezintă o linie de fractură care traversează baza arcadei zigomatice și temporalul până la extremitatea solzului unde se oprește.

Aceste considerațiuni ne demonstrează că legătura anatomică între oasele feții și ale craniului este atât de intimă, încât fracturi ale unei părți pot să se propage la cealaltă și viceversa. Fracturile falcii superioare se propagă direct, prin continuitate, cele a maxilarului inferior indirect, prin lovitura directă a condilului asupra cavității glenoidale.

Fracturile oaselor izolate a falcii superioare în general sunt limitate la față și nu au posibilitatea de a produce complicații craniene, din contra fracturile întinse și fracturile cominutive se pot propaga, pe căile slabe descrise mai sus, la baza craniului prin intermediul sfenoidului sau a osului temporal, cum e în varietatea orbito-temporo-malară.



C) Complicațiile craniene

Deși în literatura consultată nu am găsit o clasificare a acestor complicații cred că le-am putea împărți în două grupe :

a) complicații imediate și b) complicații tardive.

a) *Complicații imediate.* Alături de leziunile proprii ale feții se vor constata și simptome craniene. Când traumatismele sunt mari și fractura bazei mai mult sau mai puțin extinsă vom găsi scurgere de substanță cerebrală pe nas, hemoragie sub formă de epistaxă, sau scurgere de lichid cefalo rachidian, apoi echimoze, paralizii ale nervilor cranieni și leziuni ale organelor sumaturilor.

Substanță cerebrală care se scurge pe nas este amestecată cu sânge și deseori numai printr'un examen microscopic se poate pune în evidență.

Echimoza conjunctivo-palpebrală este cea mai frecventă. Ea succedă unei infiltrațiuni sanghine retro-oculare consecutiv fracturii orbitei. Această infiltrație, uneori considerabilă duce până la exortalmie.

În contuziile cranio-faciale epistaxa este foarte frecventă și are o valoare aproape constantă. O condiție pentru a avea o valoare diagnostică este ca ea să fie abondentă și de lungă durată (Obs. 4.).

Dacă fisura sau fractura se întinde și la etajul mijlociu, vom avea turburări din partea urechii, ca oteragie, paralizie facială, diminuarea acuității auditive, care poate merge până la complectă abolire.

Evoluția acestor simptome este variabilă delă caz la caz, moartea este frecventă, aproape constantă. Ea poate surveni imediat sau puțin după traumatism (obs. 3), prin comoție și contuzie.

cerebrală gravă, comă prelungită etc. În supraviețuiri mai lungi găsim constant compresia cerebrală prin hematon sanghin intra-cerebral. În alte cazuri când fractura este deschisă la exterior sau interior, (nas, gură, rinofaringe etc). pot surveni complicații septice declarându-se în 4—5 zile meningo encefalite difuze, abces cerebral a căror prognostic este din cele mai gravă, după când aproape constant la moarte.

Pentru a ilustra și mai mult cele de mai sus dau următoarea observație luată din arhiva Institutului Medico-legal :

Obs. 3. A. I. de 35 ani era în veche dușmănie cu servitorul său. Acesta din urmă în seara zilei de 19 IV pândindu-și stăpânul pe când nu era văzut de nimeni îi aplică o lovitură cu muchia securii în față. A. I. a căzut jos iar servitorul îi mai dă câteva lovituri. După 15—30 minute este găsit în nesimțire și transportat la clinica chirurgicală unde fără să i se poată da ajutoare sucombă. La autopsie se constată că ambele pleoape au o culoare vânătă, iar conjunctivele bulbare sunt hemoragice. Dosul nasului prezintă o rană tăiată imitând litera „X”. Ramurile superioare se opresc la unghiurile interne ale ochilor, ramura inferioară stângă se oprește puțin la stânga vârfului nasului secționându-l complet până la septul nasal. Ramura inferioară dreaptă se termină la 1 cm, depărtare de aripa nării drepte. Planșeul răni este ocupat de țesuturi moi, cartilagii și mici fragmente osoase. În dreptul arcadei sprâncenoase stângi se găsește o rană orizontală lungă de 4 cm, cu marginile regulate. Deasupra și înafara acesteia, o altă rană arcuată lungă de 2 cm. În unghiul extern al sprâncenei stângi o rană oblică lungă de 2 cm, cu margini regulate. La 4 cm, deasupra arcadei sprâncenoase stângi, o rană orizontală lungă de 6 cm, cu margini regulate. În mijlocul frunții se găsește o rană verticală lungă de 3 cm, cu margini neregulate. La 5 cm, deasupra arcadei sprâncenoase drepte o rană de 4 cm. lungime cu margini regulate. Pe restul corpului se mai găsesc 4 răni cari variază ca lungime între 2—7 cm precum și numeroase pergamentări și zgârieturi pe bărbie, trunchi și ureche. La examenul intern se constată că țesuturile moi în hemicraniul anterior conțin puțină emoragie, spre deosebire de hemicraniul posterior care prezintă un hema-

tom în regiunea occipitală. Calota prezintă mai multe linii de fractură asupra osului frontal și temporal stâng. În regiunea temporală dreaptă se găsește un focar de fractură cominutivă. Liniile de fractură iradiază la bază. Tot etajul anterior este transformat într'o masă de eschile osoase, parte deplasată. În continuare planșeul osos al nasului și al sinurilor frontale comunică larg cu rana descrisă pe dosul nasului și tot traiectul este ocupat de numeroase eschile osoase. În hemicraniul stâng găsim tot la bază un focar de fractură care pleacă dela vârful stâncii pe care o traversează și se oprește la marginea externă a bolții orbitare de aceeaș parte. Intre dura mater și calotă se găsește sânge lichid. Creierul în dreptul lobilor temporali, parietal și occipital, în secțiune prezintă focare de emoragie corticală și submeningeală. Ambii lobi frontali și temporali stâng prezintă numeroase focare de emoragie corticală. În rest organele nu prezintă nimic deosebit.

Iată deci un caz de traumatism puternic al feții, acompaniat de alte traumatisme craniene care s'a repercutat asupra craniului prin fracturarea bazei craniului din etajul anterior, emoragie cerebrală și consecutiv moarte după o supraviețuire de 1—2 ore în care timp victima a fost în stare de inconștiență cu fenomene de comă prelungită.

b) *Complicații tardive.* Aceste complicații sunt cele mai importante atât din punct de vedere clinic prin dificultatea diagnosticului, dar mai ales din punct de vedere medico-legal. Dacă presupunem un traumatism al feții urmat de fracturi osoase, rana exterioră se poate vindeca în scurt timp (10—15 zile) iar fracturile de asemeni, după cum am arătat la capitolele precedente. Tardiv, după 2—3—4 luni sau și mai târziu se pot ivi complicații cerebrale și atunci medicul legist este chemat a-și da avizul și spune ce aparține traumatismului și ce aparține unei afecțiuni primitive endocraniană.

Dar să vedem acum ce posibilități de complicații endocraniene sunt.

În general se admit următoarele complicațiuni din partea urechii, din partea meningelor și encefalului și din partea oaselor craniului.

1. Complicațiile urechii.

Bourgeois, vorbind de traumatismele feții și ale nasului spune: „operațiunile, traumatismele acestor regiuni pot să se complice cu otite mai ales atunci când sunt urmate de tamponare“. Ori, tamponarea poate fi frecventă prin însuși sângele victimei, epistaxa fiind rebelă după traumatisme și mai ales după fractura oaselor nasului, tratamentul impunând tamponarea.

Otitele în general pot lua următoarele forme: a) otita acută cu subgrupele de otita catarală simplă, forma exudativă și forma supurată, b) otita cronică și subgrupele de otită catarală cronică, otoscleroză și otită supurată. Dintre formele acute, cea catarală și supurată interesează mai puțin prin faptul că simptomele sunt alarmante și diagnosticul este ușor. Forma exudativă caracterizată prin un exudat lichid, clar, seros, mai mult sau mai puțin vâscos, este o formă dificil diagnosticabilă, prin faptul că bolnavul nu suferă afară de cazul când exudatul este foarte abundent. Otita supurată la bătrâni cu membrana sclerozată, se caracterizează de asemenea prin puține modificări obiective a membranei timpanului. Supurația se acompaniază cu simptome așa de insidioase încât perioada de debut, perioada sa acută, de cele mai deseori este ignorată și medicul nu află decât supurația cronică căreia îi face loc, supurație care obicnuit infectează și antrul și consecutiv mastoida. Ca semn al surdității este cea de transmisivitate. O complicație a acestei forme este o zonă de osteită care uzează osul ulterior prin osteită refractantă, putând ajunge până la descoperirea meningelor, dând meningite. O altă complicație a acestei otite este paralizia facială — nervul facial fiind situat pe partea superioară a peretelui intern a urechii medii — mai ales prin estinderea osteitei la perețele canalului lui Faloppe.

Iată deci cum putem urmări filiația traumatismelor feții, trecând dela otita catarală, la otita supurată acută și apoi cronică, la mastoidită și meningită.

Afară de această cale descrisă în literatură, infecția poate ajunge la ureche pe cale osoasă cum demonstrează observația 4, și asupra căreia vom reveni cu ocazia complicațiilor osoase.

Complicațiile intracraniene a ofitei și mastoiditei cronice sunt abcesul extradural cu sau fără pachimeningită, meningita, abcesul cerebral sau o flebită a sinului lateral.

2. Complicații meningeale

Abcesul extradural se localizează în regiunea antrului și a casei, în etajul mijlociu al craniului, în vecinătatea lobului temporal sau al sinului lateral, sau pe partea posterioară a stâncii privind cerebrul. Este situat între osul atins de osteită și dura care apare fie sănătoasă, funguoasă sau verde când se perforază și dă abcesul intradural. Simptomele variază, uneori inexistente, alteori dă febră imitând flebita. Se complică de obicei cu meningita a cărei simptomatologie nu intră în cadrul acestei lucrări.

3. Abcesul cerebral

Dela început vom deosebi două varietăți: un abces acut care a fost amintit la complicațiile imediate și un abces cronic care deseori e deficil de interpretat. Patogenia lui poate fi dublată, fie că pleacă dela o ofită traumatică, fie că se produce prin continuate directă, dela punctul traumatizat al feții, când calea deschisă pe traiectul unei fisuri sau fracturi se infectează. În linii generale abcesul cronic este intracerebral, profund, este totdeauna inchistat de o membrană netă. Nu se formează numai la locul focarului traumatic ci uneori la punct opus, contuzionat prin contralovitură. Simptomele debutează de obicei tardiv, la 1—2 sau 3 luni cu cefalee și subfebrilitate vesperală. Bolnavul pierde apetitul, slăbește mereu. Semnul de mărirea presiunii intracerebrale este mai prețios și duce la examen oftalmoscopic care pune în evidență staza papilară și diagnosticul devine probabil. Semne sigure sunt fenomenele de localizare și de focar: afazie, paralizie motrice, sau senzorială, accese convulsive. Prognosticul este grav căci se termină cu sfârșit letal.

4. Osteita

Osteitele sunt inflamațiuni a oaselor, caracterizate prin fenomene de iritație a celulei osoase, care se multiplică și ia un aspect embrionar. Cornil clasifică osteita traumatică în aseptică și septică. Prima varietate se reduce la osteita rarefiantă cu atrofia trabeculelor, apoi da osteită condensantă cu îngroșarea și densificarea trabeculelor. Aceste leziuni se localizează în cele două regiuni osoase: măduva osoasă și regiunea subperiostală. Osteitele septice sunt mai mult complexe, se găsesc același alterațiuni, modificate prin afluxal leococitar, necroză sau supurație.

Cu ocazia arhitecturii oaselor feții am aflat că aceste sunt formate din lamele de țesut compact spre deosebire de oasele craniului și mai ales ale bazei, unde găsim două diploi, cari conțin spongioase. Această arhitectură explică raritatea, dacă nu inexistența osteitelor oaselor feții și frecvența relativă a osteitelor și osteomielitei oaselor craniului. Osteitele septice traumatice se produc atunci când după traumatism urmează o fractură sau fisură care vine în contact, fie cu cavitățile naturale, fie cu exteriorul.

Cu ocazia mecanismului fracturilor craniene consecutiv traumatismelor feții, am aflat de asemeni fisurile sau fracturile oaselor feții se pot propaga la bază prin intermediul sfenoidului, etmoidului și a osului temporal (fiactura orbito-temporo-malară).

Ori cum oasele feții vin în raport direct cu cavitățile naturale (septice) infecția are toate posibilitățile să ajungă în oasele craniului.

Osteita flegmonoasă a lui Cornil și Ranvier, denumită osteomielită, la oasele craniului și a bazei ca și la celelalte oase în general, se caracterizează prin focare purulente cari pot difuza fie la exterior fie la interior. În acest din urmă caz dau toate complicațiile intracraniene, dela meningită până la abces cerebral.

În același timp osteita septică se poate propaga la stâncă, de unde complicații din parte urechii și a mastoidei.

Iată deci un cerc vicios pe care traumatismele feții se pot complica cu leziuni craniene, fie pe calea urechii descrisă mai sus, fie pe cale osoasă.

Un caz care ilustrează cât se poate de fidel cele de mai sus, comunicat la Societatea Reuniunii Anatomice de către Dl Dr. C. Cotușiu este următorul.

Obs. 4. K. H. în etatea de 52 ani în ziua de 18 Nov. 1935 a fost lovit cu patul unei puști în partea stângă a feții și rădăcini nasului. Și-a pierdut numai decât cunoștința pe timp de aproape trei ore, declarându-se în acelaș timp o epistaxă abondentă. Primul medic îi de ajutoare după trei ore, aplicându-i pansament. La două zile se constată o rană în unghiul intern al ochiului stâng, cu țesuturile moi din jur de culoare vânătă, pleoapele umflate și injectate cu sânge. În regiunea malară stângă se mai află o rană de 3—4 mm. lungime. Victima acuză dureri în nas, frunte, regiunea malară și orbita stângă. Radiografia craniului nu pune în evidență prezența vreunui proiectil sau fractură osoasă. A treia zi victima mai prezintă fenomene de comotie cerebrală. După 3 săptămâni un medic constată cicatrizarea rănilor, deformarea rădăcinii nasului și infiltrație în jur. Victima acuză dureri de cap dimineața. După câțva timp apare o durere pronunțată din partea dinților din stânga, amețeli, cefalee și trismus. Cu aceste simptome în ziua de 8. II, 1935 intră în serviciul clinicei Neurologice din Cluj. Aici neputându-se face un diagnostic și deoarece odată cu apariția durerilor, auzul a început să diminueze la urechea stângă, este consultat un otorinolaringolog care constată o diminuarea a acuității de transmisie și o amigdalită cronică și recomandă o biopsie.

Se face radioterapie pe ganglionul lui Gasser, însă durerile persistă. În 17/II jumătatea posterioară a feții stângi devine dureroasă și tumefiată. Examenul stomatologic nu arată leziuni dentare atât obiectiv cât și radiologic. Trismusul fiind din ce în ce mai accentuat, și tumefierea progresând în 11/III este transportat la clinica chirurgicală. Aici se constată un flegmon osteomielițic retrofaringian stâng. Se deschide flegmonul și se drenează cu un tub. În 25/III victima are tremurături la membrul superior drept și stare de obnubilație. Se pune diagnosticul de abces cerebral. În ziua de 30/III cu simptome septic grave sucombă în stare comatoasă. La autopsie la examenul extern, pe partea stângă a rădăcinii nasului se află o cicatrice de formă

neregulată, cu diametrul mare de $1\frac{1}{2}$ cm, pigmentată și aderentă de țesuturile subiacente. Înaintea tragusului urechii stângi se vede o rană chirurgicală în care se află o meșă imbibată cu secreție purulentă. La 2 cm deasupra unghiului maxilarului inferior se află a doua rană chirurgicală, drenată cu un tub de acuciuc. Toată loja parotidiană este dură lemnoasă, iar în secțiune țesuturile prezintă o infiltrație sero-edematoasă. Regiunea de sub unghiul maxilarului inferior este tumefiată, dură, la palpare. Țesuturile moi epicraniene sunt palide fără emoragii. Calota are tăblia internă și externă intactă cu diploia mai spongioasă. Dura mater este albă sifidie cu vasele anemice. Meningele moi sunt palide, lucioase și transparente. La baza creierului pe o suprafață de mărimea unei piese de 2 lei, localizată în dreptul pedunculului cerebral stâng se găsește un depozit de puroi galben, care face legătura printr'un orificiu cu substanța cerebrală. Creierul la baza lobului temporal stâng prezintă o bombare de mărimea unui ou de porumbel, în secțiune la acest loc se constată un abces de mărimea unei nuci, delimitat net de un strat periferic dens. Conținutul abcesului este format de o substanță purulentă albă. În rest creierul protuberanța, cerebelul și bulbul au consistența păstoasă, de culoare albă lucioasă. Dura mater la locul abcesului este acoperită cu false membrane de culoare galbenă cari au o suprafață aderentă de os. Tăblia internă a osului subiacentă, prezintă numeroase erodări (osteomielită). Toată spongioasa oaselor dela bază, începând cu corpul sfenoidului și cuprinzând tot etajul mijlociu din stânga, continuându-se înainte la aripa mare a sfenoidului, iar înapoi spre stânca stângă, conține o cantitate de substanță șocolatie, emoragică. Stânca temporalului stâng este mai mare de volum și la ferestruire se lipește de frez o cantitate de puroi galben vâcos. După secționare toate anfractuozitățile acestui organ precum și celulele mastoidiene, conțin același puroi. Se iau secțiuni pentru examenul istologic. Spongioasa oaselor dela bază au o culoare roșie brună și conțin acea substanță șocolatie emoragică descrisă mai sus. Acest aspect este mai pronunțat în jurul găurii occipitale, se continuă apoi în sus la sfenoid, etmoid în partea stângă, până în apropierea maxilarului superior stâng. Stânca temporalului stâng este poroasă și în corpul ei se

constată puroi. Limba este acoperită cu un bogat depozit murdar, galben, după ridicarea căruia mucoasa apare curată. Rino-faringele are mucoasa edemațiată de culoare brună. Amigdalele sunt mici și au aceeaș culoare. Laringele are mucoasa de culoare albă, esofagul de culoare mai închisă. Glanda tiroidă este dură, în secțiune de culoare brună cu aspect glandular. Tesuturile moi imediat sub unghiul maxilarului inferior sunt ramolite și conțin o cantitate de puroi galben, șocolatiu, care ocupă și o parte din ganglionii regiunii. Condilul maxilarului inferior în dreptul articulației este poros ci început de osteomielită, și cu zone de necroză a periostului. Molarii lipsesc în întregime, gingia fiind curată, iar la secțiuni transversală osul nu prezintă procese patologice. În partea inferioară se găsesc un premolar, caninul, și incizivii de coroană. Sinurile feții sunt goale, cu mucoasa albă, palidă. La restul organelor se mai constată o broncho-pneumonie și miodegenerescenta inimii.

Diagnostic anatomo-patologic: Absces submaxilar stâng, flegmon lemnos al feții stângi — deschis chirurgical — otită medie și internă și mastoidită purulentă în stânga; osteomielită și emoragii vechi a etajului mijlociu și anterior al bazei craniului, meningita bazilară purulentă, absces cerebral, bronchopneumonie, miodegenerescenta inimii.

Discuția faptelor: Din istoricul afacerii cules în cea mai mare parte de pe acte și foi de observațiuni medicale, rezultă că K. H. a suferit în ziua de 18 Nov. 1935 o lovitură cu patul puștii asupra feții stângi. A stat în nesimțire câteva ore, a prezentat emoragii ale nasului și este tratat timp de trei săptămâni la Oradea, de mai mulți medici pentru rănila feții. După această dată începe a prezenta amețeli, dureri ale maxilarului și înțepenirea maxilarului de partea stângă (trismus). Se încearcă mai multe tratamente însă starea se agravează. Vine la Cluj la 8/II 1936 cu nevralgia feții de partea stângă și aici urmează mai multe tratamente în clinica neurologică și chirurgicală. Mai este consultat în clinica stomatologică, oto-rino-laringologică și psihiatrică, stabilindu-se în cele din urmă că este vorba de un proces inflamator al feții și absces cerebral. Moare la 30/III 1936.

La autopsia acestui cadavru se constată o serie de focare inflamatorii localizate asupra feții stângi, maxilarul inferior stâng, urechea internă și lobul temporal stâng al creierului.

Totodată se mai constată la baza craniului etajul anterior și mijlociu emoragii vechi ocupând lama osoasă.

Leziunile produse la 18 Nov. 1935, primele simptome, prezentate de lezat imediat după traumatism, precum și toată evoluția a boalei până la moartea lui K. H., dovedesc o deplină continuitate și o strânsă legătură între ele. Toate acestea coroborate cu leziunile aflate la autopsie demonstrează fără îndoială că moartea lui K. H. se datorește unor complicații secundare și datorite loviturilor primite la data de 18 Nov. 1935.

Medicina legală cunoaște cazuri de traumatisme ale feții care se complică cu abcese sau cu procese inflamatorii ale oaselor craniului și a conținutului cavității craniene. Aceste leziuni produc de regulă fracturi sau simple plesniri (fisuri) a oaselor feții sau dela baza craniului, pe unde pătrund cu ușurință microbii care se găsesc constant în cavitățile profunde ale nasului și gurii, microbi cari sunt mobilizați chiar de însuși traumatismul. Acești microbi din cauză că au o virulență scăzută produc infecții cu mers lent, împiedecând diagnosticarea lor. În cazul de față, dovada fracturilor dela baza craniului, o face cu prisosință existența emoragiilor oaselor care o formează. Deci, odată cu lovitura dată asupra feții lui K. H. s'au produs și fracturi la baza craniului, pe unde microbii prin naso faringe au pătruns dând flegmonul feții și abcesul cerebral care a dus la moarte. Spre a se evita posibilitatea unei infecții vechi (otită internă cronică), se va face examenul istologic al acestui organ.

Până atunci însă putem remarca, că din piesele dela dosar nu se constată că K. H. ar fi suferit de urechia stângă înaintea traumatismului și că turburările de auz au apărut numai după trei luni dela traumatism. Excluzând această posibilitate, rămâne înafara oricărei discuții că moartea lui K. H. este consecința traumatismului

Examenul istologic: 1. Secțiuni făcute din baza craniului (corpul sfenoidului, din regiunea unde macroscopic s'a găsit emoragie), arată următoarele: a) emoragii vechi sub formă de

insule și lacuri în zona medulară și în vecinătatea straturilor interne ale osului. În aceste emoragii se găsește și pigment sanghin; b) Procese de inflamațiuni acute și cronice, caracterizate prin noduli inflamatori, formați din polinucleare și limfocite, aranjați când pericostal, când intratrabecular. Numeroase regiuni ale măduvei osoase sunt înlocuite prin țesut scleros, fibrilar, în care se mai găsesc lacuri sanghine colorate în orange.

2. Secțiuni făcute din stâncă și cari au interesat trei regiuni și anume: a) Scoica temporalului imediat în vecinătatea stâncii, unde se găsește urma unei fisuri osoase, foarte precisă (fractură), caracteristică prin soluția de continuitate a osului, șerpuitoare, care traversează mai mult de jumătatea osului. În această linie de fractură se găsește un țesut fibros de neoformațiune, globule roșii, vase de neoformație și pigment. Se mai găsesc și alte zone cicatriciale osoase în regiunea de scleroză a măduvei osoase; b) Secțiunile din stâncă propriu zisă arată în măduva osoasă un proces de osteomieliță, caracterizat prin infiltrațiune cu polinucleare și limfocite, necroza țesutului osos și fibrozarea măduvei osoase; c) În zona cea mai internă a stâncii se găsesc noduli inflamatori cu limfocite înconjurate de celule cartilagineoase și cu procese de regenerare osoasă. Acești noduli se repetă și arată natura metastatică a inflamațiunii de această parte.

În consecință și examenul istologic pledează pentru o legătură directă de cauzalitate între traumatismul suferit și moartea lui K. H.

D) Considerațiuni Medico=legale.

După cum enunțasem în capitolul precedent partea medico=legale constă în diagnosticul diferențial între leziunile craniene endogene sau cu punct de plecare intracranian și între cele secundare traumatismelor feții.

Luând în considerare cele patru varietăți de leziuni intracraniene găsim o serie de elemente aproape constante cari coroborate cu simptomele clinice și leziunile anatomo=patologice ușurează un diagnostic precis, atât de necesar justiției. Este necesar deci a analiza cauzele predispozante, natura traumatismului, simptomele post=traumatice, evoluția și examenul isto=patologic.

În cazurile urechii netraumatizată, care trecând prin toate fazele până la abces cerebral și sfârșit letal — după cum reese și din observația 5 — găsim cauze predispozante locale. Toate stările cronice ale nasului și faringelui predispun la otite. Leziunile acestor regiuni predispun la otite acute și prin repetiția lor la vindecări incomplete și consecutiv la otite cronice. Ele împiedică mecanic ventilația urechii mijlocii, se opun circulațiunii venoase a trompii și determină o stare de congestie cronică, întreținând la nivelul pavilionului tubar o inflamație permanentă care prin intermediul acesteia se propagă la ureche. De aceea medicul legist nu va omite cauzela înfundării nasului ca deviații ale septului, polipi, rinite hipertrofice, tumori, etc. Nu va neglija etatea fină care predispoaze la otite prin prezența vegetațiilor adenoide, prin frecvența anginelor și a corizei primitive sau secundare. Infecțiile urechii mijlocii sunt constant consecutive în

fecții nasului și faringelui, infecții primitive și banale unui gripe, boli eruptive, difterie, sifilis, etc.

În lipsa acestor antecedente și având prezent traumatismul feței cu perfectă continuitate de simptome între acesta și apariția turburărilor auditive nu vom ezita a diagnostica o otită traumatică, care odată fiind instalată poate produce toate complicațiile intracraniene enunțate în capitolul anterior. Simptomatologia varietăților de otite, fiind aceeași, pentru a nu repeta, nu mai insist asupra ei.

În al doilea rând medicul-legist va ține seamă de posibilitatea unei afecțiuni latente preexistente traumatismului și care nu a avut decât rolul deșeptător. Eliminând cauzele predispozante și determinante descrise mai sus, ne rămâne diagnosticul diferențial cu meningoencefalita traumatică, craniană, adică, un traumatism repetat asupra capului, apoi al feței și vice-versa.

Există două varietăți etiologice principale de meningoencefalite traumatice: primitivă, se observă în cazul fracturilor deschise a bolții, sau fracturi ale bazei, care se produc imediat după traumatism, fără supurațiuni locale; secundare care survin în fracturi infectate. În ambele cazuri, simptomele sunt destul de alarmante și victima sucombă în decurs de câteva zile prin comă. Abscesul cerebral propriu zis, cronic, poate rămâne latent săptămâni sau luni de zile după care se manifestă prin cefalee și subfebrilitate având aproape același simptomatologic și prognostic ca și abscesul otogen.

În afară de complicațiile otogene, traumatismul feței pentru a putea produce complicații intracraniene trebuie să aibă o anumită intensitate, fie că se produc fisuri sau fracturi, care se propagă la craniu sau bază și consecutiv infecție, fie că se produc turburări circulatorii care au repercusiuni asupra encefalului, fie în fine că acționează direct asupra encefalului, distrugându-l în parte (obs. III).

Simptomele post-traumatice sunt dintre cele mai prețioase: o epistaxă rebelă după traumatism ne va indica o fractură a oaselor nasului, echimoza subconjunctivală, mai ales când este

tardivă, ne va pune pe calea diagnosticului de fractura apofizei ascendente, în fine lăcrimare prin obliterarea canalului lacrimo-facial și turburările oculare diverse indică fractura planșeului orbital.

Anestezia cutanată se întinde deobicei la întreg teritoriul nervului maxilar superior. Apofizele pterigoide fiind fracturate este fatal ca nervii palatini, care intră în canalul palatin posterior să fie secționați. Este foarte adevărat că nervii dentari posteriori și mijlocii să fie lezați (obs. IV), de asemeni suborbitarul la intrarea în canalul său. Trismusul este de regulă în disjunctia cranio-facială. El este datorit contracturii pterigoidienilor interni, prin fractura apofizelor pterigoide și contracturii maseferului, dacă e fracturată arcada zigomatică.

Evoluția complicațiilor craniene a fost semnalată, nu vom uita însă că se cere o continuitate simptomatologică, cronologică, între debut și sfârșit.

În fine examenul istopatologic este cât se poate de prețios. O fisură microscopică a oaselor bazei craniului (obs. IV), ne va da cheia diagnosticului. La fel de prețioase sunt zonele hemoragice, mai mult sau mai puțin recente, precum și procesele inflamatorii ale oaselor care pot fi urmărite de la locul contuzat și până la locul unde începe complicația endo-craniană.

Toate aceste considerațiuni înlănțuite sunt singurele elemente precise care demonstrează științific natura leziunii.

Pentru a evidenția și mai mult diagnosticul diferențial, dau o observație de complicații meningeale consecutive unei otite purulente și în afara oricărui traumatism:

Obs. V. L. S., 62 ani, suferă de otită cronică supurată și se tratează. În ziua de 11 I. 1936, este cuprins de frison, se simte rău și are vărsături. După 6—8 ore, devine agitat, apoi se liniștește, nu poate vorbi, are trismus și redoarea cefei. După 24 ore de la debut sucombă cu fenomene de comă. Bănuindu-se o intoxicație, se face autopsia. La examenul

extern nu se remarcă nimic deosebit. La examenul intern, după ridicarea calotei se văd meningele îngroșate și edemațiate. La cea mai mică atingere, din spațiul arachnoidian se scurge o cantitate abondantă de lichid cefalo-rachidian, de culoare roză. Meningele moi sunt opace pe unele locuri. La bază în regiunea dintre cerebel și protuberanță și pe nucleii cerebrali se găsesc insule formate din o masă purulentă, de culoare galbenă. Secționându-se stânca dreaptă, se constată că întregul țesut osos al stâncii este imbibat cu puroi galben vâcos. Acelaș puroi se găsește în urechea medie și internă.



Concluziuni

1. Traumatismele feții sunt mult mai rare decât ale craniului; ele au fost observate în Institutul Medico-Legal din Cluj în ultimii doi ani în două cazuri, față de 15 ale craniului, care dă un procent de 13.3%.

2. Complicațiile craniene, urmarea traumatismelor feții sunt grave, prin afectarea organelor craniene importante, ca urechea, meningele, encefalul și baza craniului. Ele urmează următoarele căi de infecție:

a) nas, trompă, ureche (mastoidă), meninge și creier.

b) oasele feții, oasele craniului, ureche, meninge, encefal.

3. Diagnosticul diferențial între infecțiile encefalice și cele secundare traumatismelor feții întâmpină mari dificultăți în medicina legală. El se bazează pe natura traumatismului, debut, simptome, evoluție și necropsie, la care examenul istopatologic este obligator.

4. Falca superioară prin arhitectura și topografia ei este cea mai des afectată, dă cele mai frecvente complicațiuni și are cele mai grave urmări; sfârșit letal.

5. Falca inferioară prin mobilitatea ei este mai puțin expusă, are rapoarte indirecte cu craniul și dă complicații neinfecțioase.

6. Loviturile de instrumente contondente cu sau fără răni deschise dau complicații septice și tardive, spre deosebire de instrumentele tăietoare și tăietoare-contondente, cari dau complicații aseptice și imediate.

Văzută și bună de imprimat

Decanul Facultății:

(ss) Prof. Dr. D. MICHAIL

Președintele tezei:

(ss) Prof. Dr. M. KERNBACH

Bibliografie

1. *Bérard și Tillaux*: citat după Forgue.
 2. *Bourgeois et Lenormant*: Précis de Pathologie Chirurgicale. Tome II., Masson-Paris 1924.
 3. *Cornil și Ranvier*: citat după Roussy.
 4. *Cotușiu C.*: Traumatism al feșii, abces cerebral, otită și mastoidită. Comunicare ținută la Reuniunea Anatomică Cluj.
 5. *Forgue E.*: Précis de Pathologie externe. Doine-Paris 1922.
 6. *Lebedinsky și Virengue*: citat după Bourgeois.
 7. *Le Ford*: citat după Ponroy.
 8. *Ombredanne*: citat după Ponroy.
 9. *Malgaigne*: citat după Bourgeois et Lenormant.
 10. *Papilian V.*: Tratat elementar de Anatomie Descriptivă și Topografică. Ardealul, Cluj, 1928.
 11. *Testut L. și Jacob O.*: Traité d'anatomie topographique avec applications médico-chirurgicales. Doine-Paris 1929.
 12. *Roussy G., Leroux Ch.*: Précis d'anatomie pathologique. Masson, Paris 1933.
 13. *Ponroy et Psaume*: Restauration et prothese maxillo-faciales. Masson, Paris 1935.
-